

Modello di informazione sui rischi per l'integrità e la salute dei lavoratori e delle misure di prevenzione adottate

Anno _____

Contratto di somministrazione di lavoro a tempo determinato n. _____, del _____

Impresa Utilizzatrice **R.E.M. SRL**

Mansione richiesta _____ Qualifica **MAGAZZINIERE PART-TIME**

1) Ai sensi dell'art. 23 comma 5 del D. Lgs. 276/2003, l'informazione sui rischi per la sicurezza e la salute connessi all'attività produttiva in generale, così come previsto dall'art. 17 delle condizioni generali del Contratto di Somministrazione e menzionato nell'art. 6 del Contratto di Assunzione viene erogata dall'Impresa Utilizzatrice.

2) L'Impresa Utilizzatrice dichiara di aver effettuato, in data _____, la valutazione dei rischi ai sensi degli artt. 17, 18, 28 e 36 del D. Lgs. n. 81/2008 successive modifiche ed integrazioni e che da tale documento si evince che le mansioni richieste comportano:

a) Sorveglianza medica speciale da espletarsi con visite mediche a carico dell'Impresa Utilizzatrice, con la seguente periodicità

☐ Preventiva (per verificare l'idoneità del lavoratore) ed ove prevista:

☐ Semestrale ☒ Annuale ☐ Altra periodicità

b) Rischi specifici quali:

DATI SULLE CONDIZIONI AMBIENTALI	SI	NO		SI	NO
Fumo o vapore		X	Rischio elettrico		X
Polvere	X		Rumore		X
Disagio Microclimatico		X	Vibrazioni		X
Radiazioni ionizzate		X	Sostanze chimiche		X
Radiazioni non ionizzate		X	Divieto di fumare	X	
Altezza		X	Videoterminali		X
Strutturali		X	Potenzialità dell'incendio		X
Illuminazioni		X	Movimentazioni e scarichi	X	
Altro (specificare)					

che sono stati adottati i seguenti accorgimenti tecnici per evitarli ANALISI DEI RISCHI, STRUMENTAZIONI E ACCORGIMENTI DI FACILITAZIONE

AL LAVORO UMANO, DOTAZIONE DI DPI

3) L'Impresa Utilizzatrice dichiara che conformemente a quanto previsto dal sopracitato D. Lgs. informerà il lavoratore di quanto descritto alle lettere a) e b) del sopracitato punto 2).

4) Sono altresì previsti, per la mansione specifica, i seguenti Dispositivi di Protezione Individuale, di cui l'utilizzatore darà al lavoratore l'addestramento all'uso:

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE	SI	NO		SI	NO
Casco	X		Otoprotettori	X	
Occhiali	X		Maschera	X	
Guanti	X		Calzatura di sicurezza	X	
Altro (specificare)					

5) Il Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza il Sig. CARLO SPAZIANI

6) Il Responsabile Servizio di Protezione e Prevenzione è il Sig. ADELE PACE

7) Il Medico Competente è il Dr. GIANCARLO CIPRIETTI

Data 03 / 06 / 19

L'impresa Utilizzatrice si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati forniti nel presente modello.

Società Utilizzatrice **R.E.M. SRL**

Il Lavoratore (Nome e Cognome) _____

Timbro e firma _____ Per presa visione _____